Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2563

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/705 - ABDOMINALGIA INTENSA

E. Iriondo Bernabeu[a], M. Puchol Palomar[b], A. Vidal Blázquez[c] y D. Santana Castillo[d]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colotino I. Castro Urdiales. Cantabria. [b]Médico de Familia. Centro de Salud de Laredo. Santander. Cantabria. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Laredo. Santander. Cantabria. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Castro Urdiales Cotolino II. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 44 años, de profesión Fontanero, sin alergias fumador de 20 cigarrillos días, y bebedor 6 cervezas/dia,ex consumidor de cocaína, Sin tratamiento actual. Acude a nuestra consulta de Primaria por dolor abdominal de unas semanas de evolución, más intenso en los últimos días. A la exploración se encuentra afectado, eupneico, buenas tensiones y saturación adecuada. Abdomen distendido, doloroso en hipocondrio derecho, Blumberg positivo, ascitis leve, dolor a la mínima palpación. Resto normal. Debido al estado del paciente se le deriva a Urgencias Hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: En Urgencias se le realiza una analítica sin alteraciones y se le un TAC abdominal, debido principalmente al estado clínico del paciente. En el TAC se observa una trombosis portal aguda. Se solicita también Gastroscopia con signos claros de HTP. Posteriormente se le ingresa con solicitud de estudio de hepatopatía e hipercoagulabilidad.

Juicio clínico: Trombosis portal aguda. Hepatopatía crónica ChildB. Hipertensión portal.

Diagnóstico diferencial: Las causas más frecuentes de trombosis portal son la cirrosis avanzada y los tumores malignos en el adulto. En ausencia de tumor y de cirrosis avanzada, la trombosis puede ser causada por una inflamación de localización intraabdominal, o por un estado protrombótico general causado por: un síndrome mieloproliferativo (25% de los casos), mutaciones G20210A en el gen del factor II (protrombina) (10% de casos), síndrome antifosfolípido, deficiencias de antitrombina, proteína C, proteína S o factor V de Leiden. El diagnóstico diferencial debe incluir el resto de causas de dolor abdominal (con o sin fiebre) y todas las causas de hipertensión portal.

Comentario final: La cirrosis hepática constituye la causa subyacente de aproximadamente un tercio de los casos de trombosis portal. Generalmente se trata de un diagnóstico incidental por pruebas de imagen. La historia natural de la trombosis portal en la cirrosis es aún bastante desconocida y su pronóstico está lleno de contradicciones. Lo que parece estar claro es la necesidad de individualizar en cada caso el tratamiento, aunque parece que la anticoagulación es por ahora el tratamiento más aceptable.

Bibliografía

1. Portal pressure, presence of esophageal varices and variceal bleeding. Hepatology. 1985;5:419-24.

Palabras clave: Alcohol. Abdominalgia. TAC.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.